



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

FACULDADE DE ODONTOLOGIA



BRUNA DE OLIVEIRA VENÂNCIO

**REABILITAÇÃO ESTÉTICA COM LAMINADOS CERÂMICOS
MINIMAMENTE INVASIVOS: RELATO DE CASO CLÍNICO**

UBERLÂNDIA

2017

BRUNA DE OLIVEIRA VENÂNCIO

**REABILITAÇÃO ESTÉTICA COM LAMINADOS CERÂMICOS
MINIMAMENTE INVASIVOS: RELATO DE CASO CLÍNICO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado a Faculdade de Odontologia da UFU, como requisito parcial para obtenção do título de Graduado em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Paulo César Freitas Santos Filho

Co-orientador: Prof. Ms. Victor da Mota Martins

UBERLÂNDIA

2017



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

ATA DA COMISSÃO JULGADORA DA DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DO (A)
DISCENTE **Bruna de Oliveira Venâncio** DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA.

No dia 06 de novembro de 2017, reuniu-se a Comissão Julgadora aprovada pelo Colegiado de Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, para o julgamento do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado pelo (a) aluno (a) **Bruna de Oliveira Venâncio, COM O TÍTULO: - "REabilitação Estética com Laminados Cerâmicos Minimamente Invasivos: Relato de Caso Clínico"**. O julgamento do trabalho foi realizado em sessão pública compreendendo a exposição, seguida de arguição pelos examinadores. Encerrada a arguição, cada examinador, em sessão secreta, exarou o seu parecer. A Comissão Julgadora, após análise do Trabalho, verificou que o mesmo encontra-se em condições de ser incorporado ao banco de Trabalhos de Conclusão de Curso desta Faculdade. O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas da Graduação, legislação e regulamentação da UFU. Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos e lavrada a presente ata, que após lida e achada conforme, foi assinada pela Banca Examinadora.

Uberlândia, 06 de novembro de 2017

Prof. Dr. Paulo César Freitas Santos Filho
Universidade Federal de Uberlândia – UFU

Aprovada
Aprovado/Reprovado

Profra. Dra. Kárinne Spirandelli Carvalho Naves
Universidade Federal de Uberlândia – UFU

Aprovada
Aprovado/Reprovado

Prof. Dr. Paulo Cézar Simamoto Júnior
Universidade Federal de Uberlândia – UFU

Aprovada
Aprovado/Reprovado

Lívia Bonjardim Lima
Aluno(a) de doutorado – PPGO/UFU

Aprovada
Aprovado/Reprovado

REABILITAÇÃO ESTÉTICA COM LAMINADOS CERÂMICOS MINIMAMENTE INVASIVOS: RELATO DE CASO CLÍNICO

AESTHETIC REHABILITATION WITH MINIMALLY INVASIVE CERAMIC LAMINATES: CLINICAL CASE REPORT

Bruna de Oliveira VENÂNCIO, Victor da Mota MARTINS,

Paulo César Freitas Santos FILHO.

Faculdade de Odontologia, UFU - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil.

Autor correspondente

Paulo César Freitas Santos Filho

Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Uberlândia – UFU

Departamento de Dentística e Materiais Odontológicos

Avenida Pará, s/n, Bloco 4L, Anexo A, sala 42 3º andar- Campus Umuarama, CEP 38405-320

Tel: 34 3225-8105

e-mail: paulocesarfs@ufu.br

e-mail autores

brunaoliveiravenancio@gmail.com

victortag@hotmail.com

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1- INTRODUÇÃO | 10 |
| 2- RELATO DE CASO CLINICO | 12 |
| 3- DISCUSSÃO | 20 |
| 4- CONSIDERAÇÕES FINAIS | 23 |
| 5- REFERÊNCIAS | 24 |
| 6- ANEXOS | 27 |

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus em primeiro lugar, pelas bênçãos concedidas a mim, por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

Ao meu orientador, professor Paulo César, obrigada pela orientação ensinamentos, paciência e confiança.

Ao meu co-orientador, professor Victor Mota obrigada por toda atenção, apoio e amparo durante a realização deste trabalho.

Agradeço aos meus pais, Marcilene e Nazareno, por serem presentes me apoiando e me dando forças todos os dias.

Ao meu irmão Realino Guilherme, obrigada pelo apoio e admiração.

Ao meu namorado Abraão Junior, pela compreensão, pelo carinho e incentivo pela profissão que escolhi.

Agradeço ao meu tio professor Marcelo, que sempre me serviu de inspiração em esforço e dedicação aos estudos.

Aos meus avós, Aparecida e Realino; Adelina(*in memoriam*) e Abdinas, pelo carinho e pelas orações, durante esses cinco anos de graduação.

Agradeço aos meus professores, pela dedicação, pelo empenho em ministrar as aulas da melhor forma possível, pelos ensinamentos de clínica, por todo amparo para que nos tornássemos excelentes profissionais e seres humanos.

Aos funcionários da Universidade Federal de Uberlândia, que fizeram parte da minha vida acadêmica, vocês são muito importantes para todos os alunos.

Obrigada a todos vocês, que direta ou indiretamente contribuíram na realização deste trabalho e para meu crescimento como pessoa.

Sou o resultado da confiança e da força de cada um de vocês.

“Nada é suficientemente bom.
Então vamos fazer o que é certo.
Dedicar o melhor de nossos esforços para atingir o inatingível,
desenvolver ao máximo os dons que Deus nos concedeu,
e nunca parar de aprender.”

Ludwig van Beethoven

RESUMO

Reabilitações com laminados cerâmicos com preparamos minimamente invasivos, apresentam-se como uma excelente solução com o objetivo de devolver a estética e função ao paciente, tendo em vista o elevado nível de exigência e de expectativa dos pacientes, frente a influência pelo padrão de beleza. Portanto, esse relato de caso tem como objetivo descrever a sequência clínica de uma reabilitação estética dos dentes 15, 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 24 e 25 com laminados de cerâmica reforçadas por dissilicato de lítio, partindo de um planejamento virtual e reverso, finalizando com a cimentação e ajustes finais dos laminados cerâmicos, proporcionando a reprodução das características naturais dos dentes. A partir dos planejamentos executados, a paciente foi submetida a uma gengivectomia e gengivoplastia, nos dentes superiores. Após a cicatrização foi realizado um mock-up a partir de um enceramento diagnóstico previamente realizado. Em sequência foram realizados os preparamos minimamente invasivos e moldagem de trabalho, com as peças confeccionadas em cerâmica reforçadas por dissilicato de lítio, foram realizadas a provas necessárias e a cimentação das mesmas obtendo um excelente resultado estético.

Palavras Chave: Laminados. Odontologia estética. Minimamente invasivos.

ABSTRACT

Rehabilitations with ceramics laminates with minimally invasive preparations, itself presents an excellent solution with the objective of restoring aesthetics and function to the patient, considering the high level of demand and expectation of the patients, as opposed to the influence of the beauty standard. Therefore, this case report aims to describe the clinical sequence of an aesthetic rehabilitation of teeth 15, 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 24 and 25 with ceramic laminates reinforced with lithium disilicate, starting from a virtual and reverse planning, finalizing with the cementation and final adjustments of the ceramic laminates, providing the reproduction of the natural characteristics of the teeth. From the executed plans, the patient underwent a gingivectomy and gingivoplasty, in the upper teeth, after the healing was performed a mock-up from a previously diagnosis performed waxing. Minimally invasive preparations and work molding were carried out, with the pieces made of ceramics reinforced by lithium disilicate, and the necessary tests and cementation of the same were obtained, obtaining an excellent initial aesthetic result.

Keywords: Laminates. Aesthetic dentistry. Minimally invasive.

1. INTRODUÇÃO

A reabilitação com laminados cerâmicos ultrafinos trata-se de uma opção reabilitadora, com o objetivo de devolver a estética e função ao paciente, tendo em vista o elevado nível de exigência e de expectativa dos pacientes, influenciados pela mídia e por padrões estéticos pré-estabelecidos pela sociedade a que pertencem. Sendo assim, torna-se necessário o desenvolvimento de novas técnicas e materiais na Odontologia, visando procedimentos mais conservadores e resultados mais previsíveis^{24 25}.

O planejamento é muito importante para que a reabilitação estética e funcional seja bem sucedida, para isso, é necessário um protocolo fotográfico de excelência para nos proporcionar uma melhor previsibilidade no resultado final, acrescido de um bom enceramento de diagnóstico para permitir que o cirurgião dentista destaque e ressalte a importância da simetria e anatomia dental. Radz²¹. Outro fator a ser analisado é a saúde periodontal do paciente, avaliando a necessidade de gengivoplastia, gengivectomia e dimensões da largura biológica dos dentes envolvidos^{15 16}.

Oferecer ao paciente uma estética mais natural faz parte de um padrão estético essencial na odontologia. Devemos planejar uma restauração, através das opções que são oferecidas, como por exemplo, a resina composta exige uma determinada técnica e os laminados de cerâmica outra, cabendo indicações e limitações para cada procedimento e cada paciente, levando em consideração a avaliação clínica do cirurgião dentista associado ao seu conhecimento técnico científico⁸. As restaurações diretas sempre foram muito utilizadas para reabilitação de dentes anteriores, mas estamos presenciando uma nova geração de restaurações indiretas, na qual, apresentam maiores vantagens devido a uma excelente morfologia anatômica, integridade marginal satisfatória, contato proximal ideal, resistência semelhante ao esmalte e o mais esperado, uma ótima estética⁵.

Segundo Beier³(2012), o sucesso das restaurações com laminados cerâmicos apresentaram taxas muito altas. Tendo as taxas de sobrevivência de 94,4% após 5 anos, 93,5% aos 10 anos e 82,93% aos 20 anos.

As taxas de sobrevivência significativamente menores foram associadas ao bruxismo e aos dentes tratados endodonticamente, e a descoloração marginal foi

pior em pacientes que fumavam. Sendo assim, apesar dos fatores etiológicos e patológicos, os laminados em cerâmica continuam sendo uma alternativa aceitável quando a reabilitação dos dentes anteriores é desejada³.

Os laminados em cerâmica apresentam múltiplas vantagens, pois devolvem a estética e função ao paciente, mascaram o substrato dental possuem expansão térmica semelhante ao esmalte, alta resistência, durabilidade e rigidez¹⁹.

Os laminados cerâmicos possuem propriedades óticas semelhantes às da dentição natural, proporcionando maior longevidade clínica, diferente das resinas compostas que apresentam contração de polimerização e expansão térmicas¹³.

Com a evolução das técnicas e dos materiais na odontologia, visando uma ótima retenção dos laminados, passaram a ser adotados preparamos conservadores realizando o mínimo de desgaste possível ou dependendo do caso o não preparo. O desenvolvimento das cerâmicas nos permite uma variação de espessuras entre 0,3 a 1mm, dependendo da necessidade de mascarar ao substrato dos dentes com coloração escurecida, ou corrigir o contorno de dentes mal posicionados².

O sucesso dos laminados cerâmicos se dá pela resistência e durabilidade da união entre a superfície do dente, o agente de cimentação e a cerâmica. Tendo em vista que a técnica de cimentação de provisórios, durante o tratamento do paciente, pode afetar a qualidade de adesão final das facetas de cerâmica¹¹.

Jain⁹ (2015) relata que a cor, estabilidade e a adaptação marginal são parâmetros cruciais para o sucesso de longo prazo do material restaurador. Existem alguns dentes que possuem um substrato natural muito escurecido, então há a necessidade de realizar um clareamento dental visando um tratamento também minimamente invasivo, trabalhando para atingir uma cor mais harmônica ao invés de optar primeiramente pelos laminados cerâmicos.

Diante deste contexto este trabalho tem como objetivo apresentar um relato de caso clínico de reabilitação estética do sorriso com laminados cerâmicos minimamente invasivos, descrevendo o protocolo clínico de laminados cerâmicos desde o planejamento digital à reabilitação definitiva.

2. RELATO DO CASO

Paciente, L. H. B. 32 anos de idade, sexo feminino, compareceu a Clínica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia (FOUFU), insatisfeita com a estética dos dentes anteriores superiores onde relatou que os dentes aparecem na linha alta do sorriso.

Durante o exame clínico constatou-se tal alteração na linha alta do sorriso, onde a paciente possuía o sorriso gengival alto, representando uma desordem estética significativa (Figura 1).

Percebe-se a presença de desgastes dentinário na região de canino a canino devido ao bruxismo e coloração amarelada relatada pela mesma (Figura 2).

Após definição do planejamento a paciente foi submetida a cirurgia de gengivectomia e gengivoplastia na região de 15 a 25, para recontornar a gengiva, diminuir a margem gengival, remodelar as papilas e eliminar hiperplasias gengivais (Figura 3).



Figura 1. Aspecto inicial do sorriso gengival



Figura 2. Desgaste incisal dos dentes anteriores



Figura 3 Planejamento virtual de cirurgia periodontal(Gengivectomia e Gengivoplastia)



Após 45 dias foi iniciado a confecção dos laminados cerâmicos minimamente invasivos, através do enceramento diagnóstico junto ao laboratório de prótese. Foi confeccionado um molde de silicone de adição (Figura 4) e logo após o “mock up” foi realizado com o preenchimento com resina bisacrílica (Protemp – 3M ESPE). Os excessos foram removidos e realizados o ajuste oclusal e estético.



Figura 4. Confecção da matriz de silicone e inserção da resina bisacrílica na matriz.



Figura 5. Remoção de excessos da resina bisacrílica e Ensaio restaurador(mock-up)

Diante destes aspectos, foi realizada confecção dos preparamos minimamente invasivos nos dentes 11,12,13,14,15,21,22,23,24 e 25 com pontas diamantadas de granulações finas e ultrafinas, obtendo a remoção dos ângulos vivos e áreas retentivas (Figura 6), melhorando o eixo de inserção e adaptação para os laminados cerâmicos. Os preparamos desgastaram somente a região superficial de esmalte, observado através do guia de desgaste com silicone de adição (Figura 7).





Figura 6. Preparo pra remoção de areas retentivas



Figura 7. Guia de silicone para orientação dos desgastes dos preparamos



Figura 8. Preparos minimamente invasivos

Após os preparamos iniciou-se a moldagem, utilizando o fio afastador 000 apenas no dente 25 e silicone de adição, técnica de dupla moldagem (Figura 9). Foi enviado ao protético a moldagem e o protocolo fotográfico para melhores detalhes e características do sorriso da paciente. Os laminados confeccionados em cerâmica vítreia à base de dissilicato de lítio (E-MAX – Ivoclar Vivadent).



Figura 9. Afastamento genival e técnica dupla de moldagem

No momento da cimentação, para escolha da cor do cimento, foi utilizado para teste de seleção de cor, as pastas de prova conhecidos como: Try-in™, aplicadas na face interna dos laminados cerâmicos e estes posicionados sobre os dentes (Figura 9).



Figura 9. Seleção da cor do cimento resinoso com pasta teste (Try-in)



Figura 10. Peças dos dentes 11,12,13,14 e 15 em posição com try-in

Após a prova e aprovação da paciente, foi selecionado para utilização o cimento de cor (Opaque White) do sistema de cimento fotoativado (ALLCEM Veneer-FGM). Quanto ao protocolo de condicionamento, foi utilizado ácido fluorídrico a 10% por 20 segundos, lavagem com jato de água e ar por 60 segundos, secagem (Figura 11) e limpeza com ácido fosfórico 37% por 60 segundos, com movimentos de fricção, lavagem e secagem com jatos de água e ar (Figura 12) e aplicação do silano (Prosil - FGM) por um minuto (Figura 13).

Foi utilizado o abridor de boca para realizar o isolamento relativo, sugador e fio retrator número 000. Logo após a remoção dos excessos de cimento foi realizado a fotoativação com unidade LED por 60 segundos em cada dente, sendo: 30 segundos em face vestibular e 30 segundos na face palatina.

O resultado final da cimentação dos laminados cerâmicos foi extremamente satisfatório, pois através da técnica indireta, foi possível realizar de forma conservadora e estética devolvendo de forma natural o formato e cor dos dentes (Figuras 14).

Tratamento de superfície dos laminados



Figura 11. Acido fluorídrico 10%



Figura 12. Acido Fosfórico 37% **Figura 13.** Aplicação de Silano





Figura 14 Sorriso inicial e final.

3. DISCUSSÃO

A evolução e tecnologia dos materiais odontológicos propiciaram preparamos dentais conservadores, o que permite a remoção mínima de tecido íntegro da superfície dentária. Isso só é possível devido a evolução das cerâmicas odontológicas que nos permitem produzir peças resistentes e ao mesmo tempo com espessuras que variam de 0,3 a 0,5mm, chamadas atualmente de “lentes de contato”²³.

Os preparamos minimamente invasivos realizados atualmente, fazem parte de uma técnica inovadora na odontologia. Alguns casos clínicos podem ser realizados com restaurações indiretas sem nenhum tipo de desgaste dental e na maioria das vezes mantendo estes preparamos somente em estrutura de esmalte, tornando mais evidente a união entre o substrato dental e a superfície da cerâmica, diminuindo assim, a fragilidade da mesma²⁴.

Ao nos depararmos com o caso clínico, enfrentamos duas opções de materiais restauradores, resinas compostas e laminados cerâmicos, e ao comparar estes dois tipos de materiais restauradores, percebe-se que os laminados cerâmicos oferecem melhores vantagens ao fornecer melhor percepção óptica, estabilidade de cor, forma, suavidades da superfície e propriedades físicas e mecânicas semelhante ao esmalte²⁰.

Neste caso clínico optamos por preparamos muito conservadores do esmalte dentário, através da matriz de silicone, controlando assim, a quantidade de desgaste necessário para receber os laminados cerâmicos. Os tratamentos da superfície dos laminados cerâmicos foram realizados com ácido fluorídrico 10% por 20 segundos, ácido fosfórico 37% por 60 segundos para remoção do sal fluorsilicato produzido pela reação do ácido fluorídrico em contato com a fase vítreia e silano por 1 minuto, como agente de união entre as peça cerâmica e o cimento fotoativado, contribuindo assim para uma adesão satisfatória entre o substrato dental e a cerâmica²⁶.

Atualmente a Odontologia biomimética se integra à odontologia minimamente invasiva para promover um efeito biológico com longevidade ímpar. Considerando que não há biomaterial único que possua propriedades mecânicas, físicas ou ópticas semelhante ao esmalte ou dentina, não há qualquer material que

apresente as características fisiológicas idênticas a um dente em função intacta. Sendo assim a odontologia biomimética na Odontologia restauradora modifica os tecidos dentais com os preparamos, permitindo a criação de uma restauração que permita que os impactos funcionais possam ser distribuídos através do complexo restauração - dente, ocasionando em uma sinérgica biológica, funcional e estética, características tais, encontradas nos laminados em cerâmica^{1 12}.

O enceramento diagnóstico possibilita um planejamento caracterizado e previsibilidade nos casos de recuperação de forma. Tais procedimentos exigem um conhecimento primoroso da anatomia dentária e uma perspectiva da personalidade de cada paciente¹⁴.

Outro fator que contribui para o sucesso clínico é verificar se existem algumas contraindicações para realização dos procedimentos. Um dos problemas mais relatados e verificados atualmente é o desgaste dentário patológico, que é um problema funcional e estético, relacionado a dentes anteriores. Sendo assim, na maioria das vezes o desgaste dentário pode ser atribuído à ocorrência do Bruxismo, caracterizado por movimentos involuntários e parafuncionais ao apertar e ranger os dentes, podendo ter prevalência no período da noite (bruxismo excêntrico) ou no período do dia (bruxismo cêntrico)⁶.

Sendo um diagnóstico muito importante, durante a anamnese do paciente, é necessário relatar que a cerâmica, por ser um material friável, possui uma capacidade limitada para absorver ou dissipar tensões, que são acumuladas nos ângulos, nas extremidades e nas fendas da restauração. Por isso deve-se atentar a forma de preparo dando total importância à eliminação de ângulos para melhor adaptação dos laminados cerâmicos e evitar as falhas.

As cerâmicas possuem pequena capacidade de deformação quando submetidas a forças que tendem a flexioná-las devido ao alto módulo de elasticidade. Deste modo, as tensões são acumuladas no próprio material e, na presença de fendas, pode ocorrer propagação destas, levando à fratura da cerâmica¹. Por essa razão, além de uma boa técnica de preparo, a contribuição do quadro clínico do paciente é de muita importância para o resultado final do caso clínico com laminados cerâmicos minimamente invasivos. Sendo assim, o fator que propaga o desgaste patológico da estrutura dentária, também deve ser solucionado.

Seguindo o planejamento, a compreensão da distância biológica de cada dente, evitando futuros problemas com a saúde gengival, como por exemplo,

recessão gengival e laminados cerâmicos mal adaptados na região cervical dos dentes^{15 16}, a sonda milimetrada deve ser utilizada e inserida suavemente no sulco gengival, obtendo assim a profundidade e espessura gengival¹⁰. Neste trabalho, a paciente possuía uma quantidade considerável de gengiva inserida.

Os ajustes funcionais e estéticos também são primordiais para evitar insucessos, principalmente fraturas nas bordas incisais. A verificação, e possível correção das guias laterais e protusivas promove assim uma estabilidade satisfatória dos laminados cerâmicos, para as quais há a necessidade de um equilíbrio da oclusão⁴.

As cerâmicas constituem um material eficaz na correção estética e funcional, tendo como vantagens, ausência de pigmentação, longevidade, estética elevada e possibilidade de preparamos minimamente invasivos¹⁸, a cerca disto o preparo é realizado somente em esmalte o sucesso da adesão é mais satisfatória⁷. A falha de adesão pode ocorrer quando 80% ou mais quando substrato é dentina, não ocorrendo quando o esmalte é preservado com um mínimo de 0,5 mm de preparo do esmalte²². Por fim, a literatura mostra que o sucesso clínico das restaurações, dependem de um plano de tratamento detalhado e bem executado, aliado a utilização de bons materiais restauradores e levando em consideração os parâmetros estéticos e funcionais¹⁷.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização dos laminados cerâmicos minimamente invasivos no tratamento funcional e estético dos dentes anteriores é uma reabilitação que recupera a autoestima do paciente e exige do cirurgião dentista um correto e cuidadoso planejamento, para o qual, a parceria com os ceramistas, unindo conhecimentos dos materiais restauradores a técnicas bem executadas, proporciona o resultado esperado pelo paciente.

5. REFERÊNCIAS

1. Anusavice Kj, Shen C & Rawls Hr (2013) Philips – Materiais dentários Elsevier Rio de Janeiro.
2. Azer SS, Rosenstiel SF, Seghi RR, Johnston WM. Effect of substrate shades on the color of ceramic laminate veneers. *The Journal of prosthetic dentistry*. 2011;106(3):179-83.
3. Beier US, Kapferer I, Burtscher D, Dumfahrt H. Clinical performance of porcelain laminate veneers for up to 20 years. *International Journal of Prosthodontics*. 2012;25(1).
4. da Cunha LF, Prochnow RA, Costacurta AO, Gonzaga CC, Correr GM. Replacement of anterior composite resin restorations using conservative ceramics for occlusal and periodontal rehabilitation: an 18-month clinical follow-up. *Case reports in dentistry*. 2016;2016.
5. D'Souza D, Kumar M. Esthetics and biocompatibility of composite dental laminates. *Medical journal, Armed Forces India*. 2010;66(3):239.
6. Gonçalves LPV, Toledo OAd, Otero SAM. The relationship between bruxism, occlusal factors and oral habits. *Dental Press Journal of Orthodontics*. 2010;15(2):97-104.
7. Gürel G, Gürel G. The science and art of porcelain laminate veneers: Quintessence London; 2003.
8. Hirata R, Carniel CZ. Solucionando alguns problemas clínicos comuns com uso de facetamento direto e indireto: uma visão amola. *JBC j bras clin estet odontol*. 1999;7-17.
9. Jain V, Das TK, Pruthi G, Shah N, Rajendiran S. Comparative evaluation of effects of bleaching on color stability and marginal adaptation of discolored direct and indirect composite laminate veneers under in vivo conditions. *The Journal of the Indian Prosthodontic Society*. 2015;15(1):46.
10. Kan JYK, Morimoto T., Rungcharassaeng K., Roe P., Smith DH. Avaliação do biótipo gengival na zona estética: medição visual versus medida direta. *O periódico internacional de periodontia e odontologia restauradora* . 2010; 30 (3): 237-243.
11. Kumar GV, Poduval TS, Reddy B, Reddy PS. A Study on Provisional Cements,

- Cementation Techniques, and Their Effects on Bonding of Porcelain Laminate Veneers. *The Journal of Indian Prosthodontic Society*. 2014;14(1):42-9.
12. Liddelow G, Carmichael G. The restoration of traumatized teeth. *Australian dental journal*. 2016;61(S1):107-19.
13. Lima AF, de Oliveira Carvalho JF, de Lima Cravo F. Restaurações cerâmicas em dentes anteriores: simples realização? *Revista Dental Press de Estética*. 2010;7(4).
14. Magne P., Magne M., Belser U. Estética oral natural e restauradora parte I: racionalidade e estratégias básicas para reabilitações estéticas bem-sucedidas. *Jornal de Odontologia Estética* . 1993; 5 (4): 161-173.
15. Molina I, Molina G, Volpato C, Jovanovic S, Stanley K. Ultrasonic devices for minimally invasive periodontal surgery and restorative dentistry. *QDT* 2016. 2016:197-208.
16. Molina IC, Molina GC, Volpato CAM, Jovanovic SA, Stanley K. Aparelhos ultrasonicos para cirurgia periodontal minimamente invasiva e odontologia restauradora. Em: Duarte S., editor. *QDT* 2016 . 1º. Quintessence Publishing; 2016. pp. 197-208.
17. Morita R, Hayashida M, Pupo Y, Berger G, Reggiani R, Betiol E. Minimally Invasive Laminate Veneers: Clinical Aspects in Treatment Planning and Cementation Procedures. *Case reports in dentistry*. 2016;2016.
18. Park D-J, Yang J-H, Lee J-B, Kim S-H, Han J-S. Esthetic improvement in the patient with one missing maxillary central incisor restored with porcelain laminate veneers. *The journal of advanced prosthodontics*. 2010;2(3):77-80.
19. Paulillo, Luis MAS, Serra MC, Francischone, Carlos Eduardo. Cerâmica em dentes posteriores. Robrac, Goiânia, v. 6, n. 22, p. 37-39, 1997.
20. Pini NP, Aguiar FHB, Lima DANL, Lovadino JR, Terada RSS, Pascotto RC. Advances in dental veneers: materials, applications, and techniques. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry*. 2012;4:9.
21. Radz GM Restaurações de porcelana anterior de espessura mínima. *Clínicas odontológicas da América do Norte* . 2011; 55 (2): 353-370.
22. Seymour KG, Cherukara GP, Samarakkrama DY. Stresses within porcelain veneers and the composite lute using different preparation designs. *Journal of Prosthodontics*. 2001;10(1):16-21.
23. Shetty A, Kaiwar A, Shubhashini N, Ashwini P, Naveen D, Adarsha M, et al.

- Survival rates of porcelain laminate restoration based on different incisal preparation designs: an analysis. Journal of conservative dentistry: JCD. 2011;14(1):10.
24. Simões MP, Albino LGB, Reis AF, Rodrigues JA. Restaurações estéticas conservadoras em dentes anteriores. Rev dental press estét. 2009;6(1):90-101.
25. Soares PV, Zeola LF, Pereira FA, de Almeida Milito G, Machado AC. Reabilitação estética do sorriso com facetas cerâmicas reforçadas por dissilicato de lítio. Revista Odontológica do Brasil Central. 2012;21(58).
26. Strassler HE, Nathanson D. Avaliação clínica de folheados de porcelana gravados durante um período de 18 a 42 meses. Jornal de Odontologia Estética . 1989; 1 (1): 21-28. doi: 10.1111 / j.1708-8240.1989.

6. ANEXOS

ANEXO 1 - Regras de formatação do artigo segundo periódico em que o artigo será submetido(Full Dentistry in Science).

Fullscience: Normas de publicação

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS – FULL DENTISTRY IN SCIENCE

A Revista Full Dentistry in Science tem como missão a divulgação dos avanços científicos e tecnológicos conquistados pela comunidade odontológica, respeitando os indicadores de qualidade. Tem como objetivo principal publicar pesquisas, casos clínicos, revisões sistemáticas, apresentação de novas técnicas, comunicações breves e atualidades. Não são aceitos artigos de assuntos regionais.

Correspondências poderão ser enviadas para:

Editora Plena Ltda

Rua Janiópolis, 245 – Cidade Jardim - CEP: 83035-100 – São José dos Pinhais/PR

Tel.: (41) 3081-4052 E-mail: edicao@editoraplena.com.br

Normas Gerais:

Os trabalhos enviados para publicação devem ser inéditos, não sendo permitida a sua submissão simultânea em outro periódico, seja esse de âmbito nacional ou internacional. A **Revista Full Dentistry in Science** reserva todo o direito autoral dos trabalhos publicados, inclusive tradução, permitindo, entretanto, a sua posterior reprodução como transcrição com devida citação de fonte.

Os conceitos afirmados nos trabalhos publicados são de inteira responsabilidade dos autores, não refletindo obrigatoriamente a opinião do Editor-Chefe ou Corpo Editorial.

A Editora Plena não garante ou endossa qualquer produto ou serviço anunciado nesta publicação ou alegação feita por seus respectivos fabricantes. Cada leitor deve determinar se deve agir conforme as informações contidas nesta publicação. A **Revista Full Dentistry in Science** ou as empresas patrocinadoras não serão responsáveis por qualquer dano advindo da publicação de informações errôneas.

ORIENTAÇÕES PARA SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS:

A Revista Full Dentistry in Science utiliza o Sistema de Gestão de Publicação (SGP), um sistema on-line de submissão e avaliação de trabalhos.

- Para enviar artigos, acesse o site: www.editoraplena.com.br;
- Selecione a **Revista Full Dentistry in Science**, em seguida clique em "submissão online".
- Para submissão de artigos é necessário ter os dados de todos os autores (máximo de seis por artigo), tais como: Nome completo, e-mail, titulação (máximo de duas por autor) e telefone para contato. Sem estes dados a submissão será bloqueada.

Seu artigo deverá conter os seguintes tópicos:

1. Página de título

- Deve conter título em português e inglês, resumo, abstract, descritores e descriptors.

2. Resumo/Abstract

- Os resumos estruturados, em português e inglês, devem ter, no máximo, 250 palavras em cada versão;
- Devem conter a proposição do estudo, método(s) utilizado(s), os resultados primários e breve relato do que os autores concluíram dos resultados, além das implicações clínicas;
- Devem ser acompanhados de 3 a 5 descritores, também em português e em inglês, os quais devem ser adequados conforme o MeSH/DeCS.

3. Texto

- O texto deve ser organizado nas seguintes seções: Introdução, Material e Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões, Referências e Legendas das figuras;
- O texto deve ter no máximo de 5.000 palavras, incluindo legendas das figuras, resumo, abstract e referências;
- O envio das figuras deve ser feito em arquivos separados (ver tópico 4);
- Também inserir as legendas das figuras no corpo do texto para orientar a montagem final do artigo.

4. Figuras

- As imagens digitais devem ser no formato JPEG ou TIFF, com pelo menos 7 cm de largura e 300 dpi de resolução. Imagens de baixa qualidade, que não atendam as recomendações solicitadas, podem determinar a recusa do artigo;
- As imagens devem ser enviadas em arquivos independentes, conforme sequência do sistema;
- Todas as figuras devem ser citadas no texto;
- Número máximo de 45 imagens por artigo;
- As figuras devem ser nomeadas (Figura 1, Figura 2, etc.) de acordo com a sequência apresentada no texto;
- Todas as imagens deverão ser inéditas. Caso já tenham sido publicadas em outros trabalhos, se faz necessária a autorização/liberação da Editora em questão.

5. Tabelas/Traçados e Gráficos.

- As tabelas devem ser autoexplicativas e devem complementar e não duplicar o texto;
- Devem ser numeradas com algarismos arábicos, na ordem em que são mencionadas no texto;
- Cada tabela deve receber um título breve que expresse o seu conteúdo;
- Se uma tabela tiver sido publicada anteriormente, inclua uma nota de rodapé dando o crédito à fonte original;
- Envie as tabelas como arquivo de texto e não como elemento gráfico (imagem não editável);
- Os traçados devem ser feitos digitalmente;
- Os gráficos devem ser enviados em formato de imagem e em alta resolução.

6. Comitês de Ética

- O artigo deve, se aplicável, fazer referência ao parecer do Comitê de Ética.
 - A Revista Full Dentistry in Science apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional sobre estudos clínicos com acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação, o ISRCTN, em um dos registros de ensaios clínicos, validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e pelo ICMJE. A OMS define Ensaio Clínico como "qualquer estudo de pesquisa que prospectivamente designa participantes humanos ou grupos de humanos para uma ou mais intervenções relacionadas à saúde para avaliar os efeitos e os resultados de saúde. Intervenções incluem, mas não se restringem, a drogas, células e outros produtos biológicos, procedimentos cirúrgicos, procedimentos radiológicos, dispositivos, tratamentos comportamentais, mudanças no processo de cuidado, cuidado preventivo etc."

Para realizar o registro do Ensaio Clínico acesse um dos endereços abaixo:

Registro no Clinicaltrials.gov

URL: <http://prsinfo.clinicaltrials.gov/>

Registro no International Standard Randomized Controlled Trial Number (ISRCTN)

URL: <http://www.controlled-trials.com>

Outras questões serão resolvidas pelo Editor-Chefe e Conselho Editorial.

7. Citação de autores

A citação dos autores será da seguinte forma:

7.1. Alfanumérica:

- Um autor: Silva²³ (2010)
- Dois autores: Silva;Carvalho²⁵ (2010)
- Três autores ou mais: Silva et al.²⁸ (2010)

7.2. Exemplos de citação:

1. - Quando o autor for citado no contexto:

Exemplo: "Nóbrega⁸ (1990) afirmou que geralmente o odontopediatra é o primeiro a observar a falta de espaço na dentição mista e tem livre atuação nos casos de Classe I de Angle com discrepância negativa acentuada"

2. - Quando não citado o nome do autor usar somente a numeração sobrescrita:

Exemplo: "Neste sentido, para alcançar o movimento dentário desejado na fase de retração, é importante que os dispositivos ortodônticos empregados apresentem relação carga/deflexão baixa, relação momento/força alta e constante e ainda possuam razoável amplitude de ativação"¹"

8. Referências

- Todos os artigos citados no texto devem constar nas referências bibliográficas;
- Todas as referências bibliográficas devem constar citadas no texto;
- As referências devem ser identificadas no texto em números sobrescritos e numeradas conforme as referências bibliográficas ao fim do artigo, que deverão ser organizadas em ordem alfabética;
- As abreviações dos títulos dos periódicos devem ser normalizadas de acordo com as publicações "Index Medicus" e "Index to Dental Literature".
- A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores. As mesmas devem conter todos os dados necessários à sua identificação;
- As referências devem ser apresentadas no final do texto obedecendo às Normas Vancouver (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html);
- Não deve ser ultrapassado o limite de 35 referências.

Utilize os exemplos a seguir:

Artigos com até seis autores

Simplicio AHM, Bezerra GL, Moura LFAD, Lima MDM, Moura MS, Pharoahi M. Avaliação sobre o conhecimento de ética e legislação aplicado na clínica ortodôntica. Revista Orthod. Sci. Pract. 2013; 6 (22):164-169

Artigos com mais de seis autores

Parkin DM, Clayton D, Black, RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood - leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 years follow-up. Br J Cancer.1996;73:1006-1012.

ANEXO 2. –Apresentação do Caso Clinico no Congresso SBPQO.